TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur L. BÉRIEL
(LYON)

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2
1907

TITRES

SERVICES HOSPITALIERS

EXTERNE DES HÔPITAUX DE LYON (Concours de 1897).

INTERNE DES HÔPITAUX DE LYON (Concours de 1899).

LAURÉAT DES HÔPITAUX (Prix Bouchet, médecine 1904).

MÉDECIN DU DISPENSAIRE GÉNÉRAL DU RHÔNE ((Concours de 1905).

ENSEIGNEMENT

MONITEUR DES TRAVAUX PRATIQUES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE (1901-1904).

PRÉPARATEUR ADJOINT DU COURS D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE, 1904.

CONFÉRENCES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ORGANISÉES AVEC LE CONTRÔLE DE LA FACULTÉ (SEMESTRES D'HIVER, 1903-1904, 1904-1905 ET 1905-1906).

RÉSUMÉ ANALYTIQUE (1).

TUBE DIGESTIF. — FOIE. — PANCRÉAS.

1. — **Estomac biloculaire**. *Soc. des sciences médicales de Lyon*, 26 juillet 1899.

Estomac biloculaire. — Hémorragie par ulcère récidivé — Gastrorragie traduite uniquement par l'expulsion dans les selles de sang en caillot. *Lyon médical*, 24 septembre 1899.

2. — **Sur un cas de cancer du duodénum à forme périvatérienne** (en collaboration avec M. Descos). *Revue de médecine*, 10 août 1899.

3. — **Un cas de cancer du corps et de la queue du pancréas.** *Province médicale*, 1902, p. 421.

4. — **L'apoplexie hépatique dans la syphilis** (en collaboration avec M. Devic). *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, août 1906.

5. — **Les formes dysentériques du cancer du rectum** (en collaboration avec M. Bouchut). *Lyon médical*, 18 novembre 1906.

6. — **Remarques sur le diagnostic des ictères chroniques par rétention** (avec M. Bouchut). *Arch. générales de médecine.*

7. — **Histogénèse des gommes du foie.** *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* (sous presse).

Travail fait sous ma direction :

8. — **Les kystes et les pseudo-kystes du pancréas**, Ginet. Th. de Lyon, 1905.

(1) J'ai indiqué les publications par ordre chronologique autant qu'il était possible.

APPAREIL RESPIRATOIRE

9. — **La sclérose pulmonaire discrète d'origine tuberculeuse. — Ses rapports avec la bronchite et l'emphysème.** Th. de Lyon, 1904-1905.
10. — **Pneumonie blanche chez un nouveau-né syphilitique.** *Soc. des sciences médicales de Lyon*, 27 juin 1906.
11. — **Le tréponème de Schaudinn et les lésions pulmonaires des nouveau-nés** (en collaboration avec M. Favre). *Lyon médical*, 25 novembre 1906.
12. — **Syphilis du poumon chez l'enfant et chez l'adulte.** 1 vol. 346 p. avec 22 fig. et 1 pl. en coul.,Paris, G. Steinheil, 1906.
13. — **Contribution à l'étude des pleurésies hémorragiques au cours de la fièvre typhoïde. — Syphilis ou bacille d'Eberth** ? *Gazette des hôpitaux*, 13 décembre 1906.

Travaux faits sous ma direction :

14. — **Contribution à l'étude des os vrais du poumon.** Th. de Loernz, Lyon, 1902-1903.
15. — **Contribution à l'étude des cancers du poumon. — Cancer des bronches. — Etude anatomo-pathologique.** Th. de Lardillon, Lyon, 1903-1904.

APPAREIL CIRCULATOIRE. — MALFORMATIONS CARDIAQUES

16. — **Anévrysme de la mitrale.** *Soc. médicale des hôpitaux de Lyon*, 12 décembre 1902.
17. — **Rythme couplé avec pouls lent.** *Soc. médicale des hôpitaux de Lyon*, 17 février 1903.
18. — **Anomalie cardiaque.** *Soc. des sciences médicales*, 21 octobre 1903.
19. — **Absence presque complète de la cloison interauriculaire avec endocardite infectieuse** (en collaboration avec M. Collet). *Lyon médical*, 13 mars 1904

20. — **Les lésions de la paroi interauriculaire. — Etude anatomique et clinique.** Mémoire présenté pour le prix Boucher, 1904.
21. — **Les troubles cardio-pulmonaires des goîtres intra-thoraciques.** Th. de Cadet, chapitre V, Lyon, 1905.
22. — **A propos des psrforations du septum interauriculaire.** *Revue de médecine*, 10 mai 1906
23. — **Un cas d'insuffisance aortique avec souffle piaulant à grande propagation.** *Arch. gén. de médecine*, 1906.

SYSTÈME NERVEUX

24. — **Tumeur du corps pituitaire ; la glycosurie dans l'acromégalie** (en collaboration avec M. Josserand). Communication à la *Soc. médicale des hôpitaux de Lyon*, 1er décembre 1903.
25. — **Un cas de paralysie faciale obstétricale spontanée.** *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, novembre 1906.
26. — **A propos des corps étrangers des centres nerveux.** *Arch. provinciales de chirurgie*, décembre 1906.
27. — **L'hémorragie cérébrale au cours du rétrécissement mitral** (en collaboration avec M. Savy). Communication à la *Soc. des sciences médicales de Lyon*, 9 janvier 1907.

DIVERS

28. — **Fibrome kystique de l'utérus**. *Soc. des sciences médicales de Lyon*, 19 mars 1902.
29. — **A propos d'un cas de tumeurs multiples des os sans albumosurie** (en collaboration avec M. Devic). *Revue de chirurgie*, octobre 1906.
30. — **Les goîtres métastatiques sans goître** (en collaboration avec M. Devic). *Arch. provinciales de Chirurgie*, novembre 1906.
31. — **Le tatouage bleu des morphinomanes** (avec M. Roussille). *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, janvier 1907.

TRAVAIL FAIT SOUS MA DIRECTION :

32. — **Les taches bleues des morphinomanes**, ROUSSILLE. Th. de Lyon, 1906-1907.

Analyses et comptes rendus in Archives générales de médecine, 1903-1904.

I. — ÉTUDES SUR LES SYPHILIS VISCÉRALES (1).

Pneumonie blanche chez un nouveau-né. *Soc. des sciences médicales de Lyon* (10).

L'apoplexie hépatique dans la syphilis. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* (4).

Histogénèse des gommes du foie, *Ibid.* (7).

Le tréponème de Schaudinn et les lésions pulmonaires des nouveau-nés. *Lyon médical* (11).

Syphilis du poumon chez l'enfant et chez l'adulte. Steinheil, éditeur (12).

Pleurésie hémorragique. — Syphilis ou bacille d'Eberth ? *Gazette des hôpitaux* (13).

1. — Caractères généraux des lésions syphilitiques viscérales.

1. Bactériologie. — La connaissance des agents spirillaires est encore trop récente pour que leur étude puisse fournir des conclusions définitives. J'ai cherché sans résultat le tréponème dans des lésions viscérales de l'adulte [12] ; ce fait négatif concorde avec les résultats obtenus par la majorité des auteurs. Par contre j'ai pu l'étudier dans les organes des nouveau-nés avec mon collègue le Dr Favre, au laboratoire de la clinique des maladies cutanées (M. le Prof. Nicolas). Dans un cas où la syphilis de la mère était certaine et où il y avait une pneumonie blanche indubitable j'ai étudié [11] sa répartition comparativement dans le foie, le

(1) J'ai toujours accordé une grande place à l'illustration, dans les recherches anatomiques. J'estime que le dessin, particulièrement dans les études histologiques, ajoute à la valeur documentaire et facilite les recherches et les comparaisons ulterieures. La plupart de mes dessins sont faits d'aprés mes préparatious, à la chambre claire. J'ai eu l'occasion d'en publier un grand nombre dans les travaux d'auteurs divers. J'en reproduis quelques-uns, dans cet exposé, tirés de mes publications.

poumon et divers autres viscères ; la présence de spirilles abondants dans les points atteints de pneumonie blanche, leur rareté dans les autres organes présentaient cette observation comme une démonstration évidente de leur action spécifique ; la comparaison avec une autre observation fournissait encore un argument dans le même sens. Cependant l'examen des autres cas publiés (Levaditi, Jambon) engage à être très réservé, non pas sur la valeur générale du spirille de Schaudinn, mais sur l'importance diagnostique qu'on doit attacher pour l'instant à sa présence dans l'étude des lésions. Je crois devoir admettre en effet pour le moment les faits suivants :

1° Le spirochète se retrouve avec facilité chez les mort-nés syphilitiques, mais on peut le trouver aussi bien dans des viscères non altérés que dans ceux qui sont atteints de lésions spécifiques ;

2° On ne le voit guère dans les syphilis viscérales de l'adulte même les plus indubitables.

II. Anatomie pathologique. — Le caractère général qui m'a paru ressortir avec le plus d'évidence de mes recherches sur la syphilis du foie et du poumon [7,10,12] est la *tendance néoplasique de la syphilis*. Ce fait a été noté par beaucoup d'auteurs, mais il me paraît bien dominer son histoire anatomique. Même dans ses atteintes précoces où les lésions sont passagères, la syphilis est beaucoup plus « néoformante » que destructive.

L'hyperplasie des éléments des tissus se marque dès les accidents initiaux.

Dans les syphilis hépatiques j'ai noté à côté des gommes et des scléroses terminales la néoproduction fréquente de canalicules biliaires, quelquefois de véritables *adénomes biliaires* [7]. Cependant dans les lésions pulmonaires le fait est encore plus remarquable ; chez le fœtus ou le nouveau-né les *hépatisations blanches* prennent souvent cet aspect adénomateux très typique dont on trouve des figures dans le *Traité d'histologie pathologique* de MM. Cornil et Ranvier et dont j'ai rapporté des exemples [12]. Lorain et Robin en 1855 avaient appelé cet état « épithélioma des poumons », et dès 1862 M. le professeur Cornil, étudiant le poumon d'un fœtus syphilitique, remarquait l'intensité de l'hyperplasie cellulaire et appliquait à ce cas le nom de pneumonie interstitielle aiguë.

J'ai insisté sur l'étude de ces lésions hyperplasiques dans mes recherches sur les poumons soit du nouveau-né, soit de l'adulte et je pense que c'est là une des caractéristiques véritables des atteintes syphilitiques viscérales, à côté des lésions vasculaires.

Par contre, *l'étude des gommes* au niveau des poumons et du foie [4

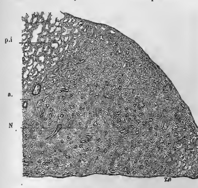


FIG. 1. — *Pneumonie blanche à type adénomateux, vue à un très faible grossissement.*

Coupe faite dans un nodule pulmonaire blanc saillant chez un nouveau-né syphilitique. Préparation de M. Porot.

N. — Gros nodule d'hépatisation blanche ; les alvéoles sont limitées par un trait noir représentant à ce grossissement l'épithélium cubique ; le stroma est très infiltré.

a. — artère avec périartérite au voisinage d'une bronche.

p. i. — Zones moins atteintes au voisinage (pneumonie interstitielle).

(Figure extraite de : « *Syphilis du poumon* », 1906.)

7, 12] m'a conduit à quelques divergences de détail avec l'opinion généralement admise. Il est incontestable que les caractères particuliers des gommes leur donnent une grande importance dans le diagnostic anatomique. Mais il m'a paru qu'elles ne se développaient pas en tous points suivant le mécanisme qu'ont établi en premier les recherches

des auteurs français (MM. Cornil et Ranvier, 1862-1866 ; M. Brissaud, 1881).

L'étude d'un cas très rare et particulièrement favorable de syphilis hépatique [7] jointe à l'examen de gommes diverses du foie et du poumon m'a fait accepter l'idée émise par M. le Professeur Tripier que

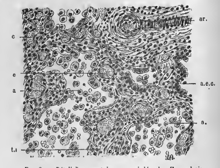
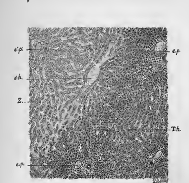


Fig. 2. — *Détail d'un point de pneumonie blanche. Hyperplasie des éléments et épaississement du stroma.*

Coupe dans un nodule grisâtre chez un hérédo-syphilitique. Nombreux spirochètes sur les coupes.
a. — Alvéoles avec exsudats cellulaires variés.
a. e. c. — Alvéoles avec épithélium cubique.
t. i. — tissu interstitiel épaissi et très vasculaire (c. c. c.).
ar. — artériole avec périartérite.
(in *Syph. du Poum.*)

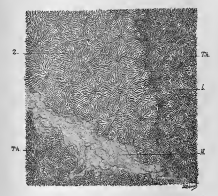
la gomme était secondaire à une oblitération vasculaire, qu'elle représentait un véritable infarctus développé dans un tissu antérieurement modifié.

Dès lors, et pour l'envisager à un point de vue très général, elle n'est qu'un accident au cours des lésions syphilitiques, et non un produit directement spécifique comme le sont par exemple les productions caséeuses dues au bacille de Koch ; elle doit cependant à ses conditions particulières de production quelques caractères qui lui donnent secondairement une grande valeur au point de vue du diagnostic.



I. — *Détail d'un point pris à la périphérie de l'infarctus.*

Z. zone privée de vie — T. h. tissu hépatique sain ; noyaux et travées bien colorés, avec nembreuses cellules inflammatoires, particulièrement autour des espaces portes (e. p) et en bordure le long de l'infarctus. — s. h. veine sus-hépatique avec dilalation des réseaux vasculaires en bordure, — e' p'. espace porte dans la zone nécrosée.



II. — *Vue d'ensemble d'une coupe à un faible grossissement* (*Vérick* 00) ; hematéine-éosine. Z, T.h. comme ci-dessus. — b. zone de bordure. — H. épanchement hémorragiqua sur l'autre côté de la partie nécrosée.

Infarctus syphilitiques du foie (Préparations hislologiques).

(*L'Apoplexie hépatique dans la syphilis. Histogénèse des gommes du foie.* Annales de dermat. et de syphiligr., 1906 et 1907)

2. — Syphilis du poumon (12).

J'ai réuni dans ce travail les documents que je possédais concernant les scléroses pulmonaires syphilitiques, les gommes, les pneumonies syphilitiques, les bronchectasies, etc. J'ai dû ajouter à ces examens personnels et aux observations inédites que j'avais rassemblées l'étude de très nom-

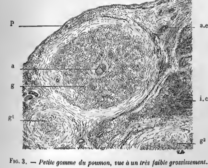


Fig. 3. — *Petite gomme du poumon, vue à un très faible grossissement.*

g. — gomme ; dans la partie nécrosée persiste le dessin alvéolaire. Un vaisseau (a) est reconnaissable au centre.
g^1 et g^2. — gommes au voisinage.
i. c. — infiltration cellulaire autour des gommes.
a. c. — Petites artères. — P, plèvre.
(in *Syph. du Poum.*)

breux cas antérieurement publiés ; ce qui m'a entraîné à faire surtout une œuvre critique. La syphilis du poumon existe, à n'en pas douter, mais son domaine m'a paru à la fois plus étendu et plus restreint que ne l'ont admis quelques auteurs. Plus étendu parce que des scléroses cicatricielles ou des poussées pneumoniques existent souvent, cachées sous des syndromes bronchitiques chroniques difficiles à analyser, — plus restreint parce que les manifestations classiques comme la gomme y sont rares, de retentissement faible, de spécificité clinique nulle.

Historique. — L'étude de l'évolution des idees au sujet de la syphilis pulmonaire est extrêmement intéressante, à elle seule, et, j'ai dû, à regret, la restreindre aux faits principaux ; il s'est écoulé, jusqu'aux premières années du XIX[e] siècle une véritable époque légendaire des pneumosyphiloses. Avec Bayle, Laënnec, s'ouvrait une ère de contrôle, de discussion scientifique ; dès lors se posa, la question même de l'existence des pneumopathies syphilitiques : période d'hésitation qui se termina par quelques constatations imparfaites (Ricord).

L'époque moderne a commencé avec les travaux de Depaul, Virchow, de MM. Cornil, Ranvier, etc. L'existence de lésions pulmonaires spécifiques est devenue un fait acquis, les faits abondent. M. Lancereaux, MM. les professeurs Dieulafoy, Fournier, M. Mauriac, etc., publient des travaux désormais classiques. La découverte des agents spirillaires clôt cette période véritablement documentaire.

Première partie. — **Etude analytique des lésions. Les bases du diagnostic anatomique.**

Chap. I. — Les lésions nécrosiques, les gommes.

Chap. II. — Les lésions cicatricielles ; scléroses proprement dites.

Chap. III. — Les processus hyperplasiques.

Chap. IV. — Lésions sans caractères spécifiques, lésions consécutives ou surajoutées.

Chap. V. — Développement et évolution des lésions.

Chap. VI. — Diagnostic général des lésions. — Caractères essentiels des productions pulmonaires syphilitiques.

J'ai pu conclure de cette étude des lésions que les phénomènes devaient se passer vraisemblablement de la façon suivante :

1° Dans les phases du début il est probable que la modification anatomique se fait suivant le mode banal : lésions dites catarrhales, de splénisation, etc. La persistance et peut-être les caractères particuliers de la cause syphilitique doivent très rapidement donner des caractères un peu spéciaux ; il est certain que les états décrits sous le nom de pneumonie gélatineuse (Hiller), de broncho-pneumonie subaiguë (Balzer et Grandhomme) représentent cette phase : on voit déjà apparaître l'épaississement hyperplasique du stroma.

2° La deuxième étape est représentée par les lésions de pneumonie à caractères hyperplasiques bien caractérisés : elle représente au point

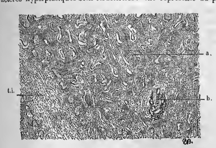


Fig. 4. — *Pneumonie syphilitique de l'adulte avec aspect adénomateux très apparent (vue à un très faible grossissement).*

t. — tissu pulmonaire infiltré et remanié, avec néoformations alvéolaires abondantes à épithélium cubique.
a — artère avec périartérite et anthracose.
t. i. — travée interlobulaire épaissie et infiltrée. (in *Syph. du Poumon.*)

de vue général la véritable lésion syphilitique aux poumons. Rarement étendue à tout un lobe, elle se manifeste plutôt en des points isolés.

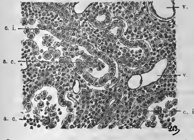


Fig. 5. — *Pneumonie syphilitique de l'adulte. Détail d'un point de la figure précédente.* (Extrait de *Syph. du Poum.*)

L'évolution continuant dans ce sens hyperplasique pourra aboutir à des formes où les néo-productions seront plus intenses : étape adénomateuse de la pneumonie blanche de l'enfant et de l'adulte ; ou bien encore l'exagération dans la tendance néoplasique aboutira à la production de véritables formations kystiques : étapes bronchectasiques.

3° La terminaison de ces lésions et généralement la sclérose : si l'or-

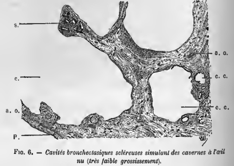


Fig. 6. — *Cavités bronchectasiques scléreuses simulant des cavernes à l'œil nu (très faible grossissement).*

Coupe prise dans la pièce représentée en II sur la planche en couleurs.
c. — grande cavite sans épithélium apparent.
c.c. — cavités plus petites revétues en partie d'épithélium cubique encore apparent.
s. — tissu scléreux.
a. o. — artères plus ou moins complètement oblitérées.
P. — plévre.
(in *Syph. du Poum.*)

ganisation fibroïde surprend les lésions au stade de pneumonie interstitielle, elle produit des scléroses trabéculaires ou plus ou moins massives, souvent sans caractère particulier. Si au contraire l'évolution bronchectasique s'est faite, on observe des altérations désormais stationnaires beaucoup plus graves, avec tous les types intermédiaires.

4° Enfin l'hyperplasie des tuniques vasculaires, corrélative de l'hyperplasie de tout les éléments, peut se marquer davantage en des point solés et produire des foyers nécrosés par le mécanisme de l'infarctus :

ainsi naissent les gommes. Elles meurent par résorption progressive, à la faveur des réseaux vasculaires élargis de la périphérie ; elles contribuent dès lors pour leur part à la rétraction des tissus et figurent dans le tableau d'ensemble des scléroses diffuses et des poumons ficelés.

Ainsi la syphilis agit sur le poumon suivant les processus qui lui sont habituels ; mais ici elle accuse certaines tendances tandis qu'elle atténue quelques-uns de ses autres caractères : la trame alvéolaire pré-

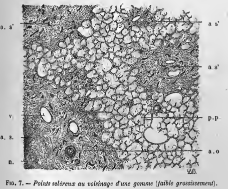


Fig. 7. — *Points scléreux au voisinage d'une gomme (faible grossissement).*

a. s. — amas scléreux autour d'une gomme dont la partie nécrosée est encore visible (n.).
a. s'. — autres amas scléreux au voisinage.
p. p. — parenchyme pulmonaire présentant seulement un léger épaississement interstitiel et quelques points emphysémateux.
v. — vaisseaux.
a. o. — artère incomplètement oblitérée.
(in *Syph. du Poum.*)

sente en effet à ses atteintes un tissu très spécial, ainsi que M. le professeur Cornil l'avait fait remarquer depuis longtemps (Leçons sur la syphilis, 1879). Les tendances, soit hyperplasiques, soit néoplasiques, sont ici très marquées : il n'est pas un organe qui se prête, comme le poumon, à la production rapide d'exsudats diapédétiques, et à leur ra-

pide organisation. Pour des motifs de même ordre ces phénomènes sont souvent passagers et se terminent par résolution, lorsque la transformation fibreuse ne les fixe pas définitivement. Les gommes au contraire sont exceptionnelles, sans doute à cause des caractères particuliers du réseau vasculaire.

Le *diagnostic anatomique* est, dès lors, souvent fort difficile : il doit s'efforcer de surprendre ces indices quelquefois fugaces de l'atteinte syphilitique. J'ai cherché à préciser les différentes données de ce problème.

DEUXIÈME PARTIE. — Formes anatomiques et leurs symptômes.

Une longue expérience clinique seule peut permettre de poser de manière définitive des types cliniques véritables ; il serait nécessaire aussi pour fournir une description durable des pneumosyphiloses d'avoir des connaissances absolument précises, ce qui nous manquera de longtemps encore. Par contre l'observation méthodique de faits personnels et l'examen des travaux antérieurs permet le groupement, provisoire tout au moins, des types anatomiques les plus nets et des symptômes qu'ils déterminent ; je me suis donc limité à ce travail. J'ai eu recours à chaque instant aux descriptions devenues classiques des maîtres français, j'ai dû rappeler les observations les plus typiques de M.Lancereaux, de M. le professeur Dieulafoy, Fournier, Mais partant d'un point de vue différent, faisant surtout travail d'anatomo-pathologiste, j'ai abouti à un exposé différent.

CHAP. I. — Le poumon syphilitique du nouveau-né et de l'enfant.

CHAP. II. — Les étapes initiales dans les syphilis pulmonaires et les poussées aiguës de nature incertaine.

CHAP. III. — Les types exceptionnels : le poumon gommeux, forme latente. Induration grise lobaire ; forme pneumonique chronique.

CHAP. IV. — Les types mal délimités ; scléroses pures ou associées ; formes bronchitiques chroniques.

CHAP. V. — Les bronchectasies syphilitiques.

J'ai groupé dans un chapitre isolé tout ce qui a trait au *nouveau-né et à l'enfant*. Les faits présentent ici un intérêt anatomique particulier,

en raison des pneumonies blanches qui sont d'excellents objets d'études générales. Les diverses pneumosyphiloses ont de plus à cet âge un attrait spécial par les conditions étiologiques qui président à leur développement ; leurs relations avec la tuberculose offrent quelques particularités intéressantes. Enfin leur symptomatologie même mérite d'être étudiée.

Chez l'adulte j'ai insisté surtout sur la nature incertaine des états aigus au cours des pneumopathies syphilitiques (infections secondaires, suppurations,gangrènes surajoutées, etc.) ; sur la rareté des types bien délimités (gommes volumineuses, formes pneumoniques). D'ailleurs, l'étude des observations suivies d'autopsie montre que les gommes lorsqu'elles ne sont pas accompagnées de sclérose ou d'autres modifications secondaires,ne donnent aucun symptôme appréciable. Au contraire, les signes de bronchite chronique sont les plus fréquents, mais d'une banalité remarquable ; ils correspondent souvent à la classe très vague de scléroses sans doute syphilitiques, mais ayant perdu tout caractère. Les bronchectasies donnent souvent des symptômes cavitaires avec quelques variétés d'aspect intéresssantes.

Troisième partie. — **Conception clinique générale des pneumopathies syphilitiques.**

La conception générale que l'on peut avoir des pneumosyphiloses reste imprécise. Elle nécessite que nous connaissions de manière certaine les conditions de production, la fréquence, l'évolution et les associations des lésions sypbilitiques pulmonaires. J'ai pu réunir cependant à cet égard un assez grand nombre de faits soit dans les auteurs classiques, soit au cours de mes recherches personnelles.

Chap. I. — Étiologie et pathogénie générales. — Fréquence relative et absolue des pneumosyphiloses.

Chap. II. — Relations pathologiques. — Bronchectasie et syphilis. — Les associatious : syphilis viscérales multiples. — Syphilis et tuberculose.

Chap. III. — Évolution générale des pneumosyphiloses. — Complications. — Pronostic

Chap. IV. — Le diagnostic clinique.

Au total, la syphilis pulmonaire n'a guère de spécificité clinique ; elle touche à toutes les pneumopathies subaiguës et chroniques ; elle simule des bronchites simples, des bronchopneumonies, des tuberculoses, aussi bien par ses formes pneumoniques que par ses formes bronchectasiques. *Le diagnostic* doit se réduire à être un diagnostic étiologique : point qui reste capital en raison de l'importance pratique du traitement.

Quatrième partie — **Traitement**.

La guérison d'accidents pulmonaires par le mercure a été connue même avant l'existence des pneumopathies syphilitiques. Depuis, on a rapporté nombre d'observations de malades guéris ; un grand nombre sont sujettes à révision, quelques-unes sont au contraire très remarquables. Ces faits m'ont conduit à étudier la valeur du traitement spécifique.

Chap. I. — Valeur curative du traitement spécifique.

Chap. II. — Valeur diagnostique du traitement spécifique.

Chap. III. — Le traitement.

J'ai dû en conclure que l'on devait être, toujours, très réservé sur la guérison des cas graves, avec signes cavitaires et consomption avancée ; que l'on devait cependant instituer un traitement spécifique dans toute pneumopathie où la syphilis peut être seulement soupçonnée ; les suites devant régler la conduite à tenir.

D'ailleurs, l'efficacité de la thérapeutique mercurielle n'a pas une signification diagnostique absolue ; il est nécessaire d'analyser les résultats et de les interpréter. Des observations personnelles m'ont montré que le mercure pouvait agir chez des tuberculeux en puissance de vérole, ou qu'il pouvait exister des rémissions spontanées susceptibles de produire de fausses interprétations.

L'étude de la syphilis pulmonaire garde une importance pratique considérable ; dans la plupart des cas elle n'a un retentissement apparent que par de véritables cicatrices, lésions éteintes ayant perdu toute spécificité anatomique et clinique ; elle rentre alors dans le cadre des bronchites chroniques, des scléroses pulmonaires diverses : l'origine même des lésions est dès lors d'importance secondaire car la thérapeutique spécifique n'a plus de valeur. Mais quelquefois elle se manifeste avec une activité propre : il est alors nécessaire de la dépister, de la guérir, pour éviter qu'elle ne conduise à des séquelles irréductibles.

3. — L'apoplexie hépatique dans la syphilis.

L'observation qui avait servi de point de départ à cette étude était extrêmement curieuse : un ancien syphilitique hospitalisé pour du brightisme, est pris brusquement d'accidents abdominaux douloureux, sans aucun traumatisme. Il meurt en quelques heures dans le collapsus. L'autopsie montre une rupture hémorragique du foie, avec déchirure de la capsule et inondation péritonéale ; il existe des gommes et de la sclérose hépatique à diverses périodes de développement. L'étude de ce cas, et l'examen comparatif des 21 cas publiés de rupture spontanée du foie, que j'ai fait avec mon maître M. le professeur agrégé Devic, m'a conduit aux conclusions suivantes [4] :

I. — A côté des lésions traumatiques du foie il existe un groupe anatomo-clinique de faits assez rares réalisant des ruptures spontanées qu'on peut rapprocher des cas nombreux où le traumatisme n'intervient que d'une façon douteuse.

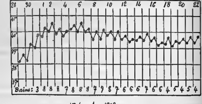
II. — Ces ruptures spontanées sont consécutives à des hémorragies intra-parenchymateuses brusques et abondantes, produisant une véritable *apoplexie hépatique*.

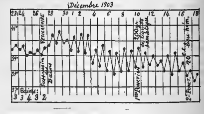
III. — L'apoplexie hépatique peut être produite elle-même soit par la rupture de vaisseaux de gros ou moyen calibre soit plus souvent par l'établissement d'un infarctus hémorragique.

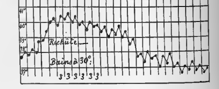
IV. — La syphilis par les lésions vasculaires qu'elle engendre si fréquemment doit être considérée comme la cause la plus ordinaire de ces accidents : ils doivent trouver leur place dans l'étude anatomo-pathologique de la syphilis hépatique.

4. — Pleurésie hémorragique. — Syphilis ou bacille d'Eberth ? [13]

Un sujet, atteint de fièvre typhoïde, fait un épanchement pleural gauche au 27e jour de sa fièvre. L'aspiration démontre la nature fran-







chement hémorragique du liquide. Les pleurésies sanglantes au cours de la dothiénentérie sont bien connues mais le plus souvent elles sont faiblement hématiques. D'autre part, l'étude de l'évolution des symptômes, de la courbe, etc., montre chez ce malade un parallélisme très concordant de tous les signes (taches rosées, albuminurie, etc.) pendant a défervescence et les périodes de la rechute : seule la pleurésie évolue différemment, et guérit pour son propre compte. D'autre part, il y a eu une infection syphilitique assez récente, et des accidents actifs peu avant l'éclosion de la fièvre typhoïde : les pleurésies syphilitiques sont rares mais certaines et fréquemment hémorragiques : M. Balzer, M. le professeur Dieulafoy en ont rapporté des exemples ; la question de la spécificité se pose donc ici et montre une fois de plus quels doutes doivent s'élever sur la nature d'un épanchement pleural au cours de la fièvre typhoïde.

II. — ÉTUDES SUR LES SCLÉROSES PULMONAIRES

— La sclérose pulmonaire discrète d'origine tuberculeuse. — Ses rapports avec la bronchite et l'emphysème. Thèse de doctorat (9).

Les scléroses syphilitiques du Poumon (in *Syphilis du Poumon* : Première partie, ch. II, III, IV. Deuxième partie, ch. III, IV, V) (12).

— Les ossifications du Poumon, in th. de Lorenz (14).

L'étude des scléroses pulmonaires et des pneumonies chroniques peut être faite à trois points de vue différents.

1. *L'étude anatomique* doit distinguer les types divers depuis les altérations massives, broncho-pneumoniques ou pneumoniques, jusqu'aux scléroses légères, diffuses, souvent microscopiques. Chacun de ces types ou de ces degrés, comporte des lésions secondaires ou consécutives qui jouent souvent un rôle considérable.

2. *L'étude symptomatique* cherche à faire le rapport précis entre les types anatomiques et les signes cliniques.

3. *L'étude étiologique* essaie de reconnaître les causes différentes de production et doit s'efforcer de rattacher à chaque cause des caractères anatomo-cliniques particuliers, s'il y a lieu.

Ces trois points sont encore loin d'être complètement élucidés ; j'ai essayé de préciser quelques détails ayant trait à l'un ou à l'autre.

Dans ma *thèse* j'ai cherché surtout à identifier un type anatomique de scléroso fine, mais étendue, d'origine tuberculeuse, se jugeant uniquement par des signes de bronchite chronique et d'emphysème. J'y ai étudié accessoirement les autres causes de sclérose et en particulier l'anthracose [9].

J'ai observé aussi au cours de mes recherches nombre de scléroses à rapporter à la syphilis, et les études que j'ai faites à ce sujet ont été consignées dans ma monographie sur la *Syphilis du Poumon* [12].

Dans la thèse de Lorenz [14] j'ai étudié les curieuses ossifications observées quelquefois dans le poumon, grâce aux matériaux d'étude qui

me furent fournis par mes maîtres}MM. les professeurs agrégés Devic et Paviot. J'ai rattaché ces néoproductions osseuses aux inflammations chroniques et aux scléroses, le plus souvent tuberculeuses.

J'indiquerai ici dans une description d'ensemble les divers points de détail qui ressortent de ces travaux.

1. — Anatomie pathologique.

Scléroses proprement dites. — Les caractères macroscopiques et histologiques des tissus de sclérose sont bien connus et assez constants mais l'étendue et la topographie des foyers de sclérose sont variables et donnent lieu à divers types.

Dans les « pneumonies chroniques » les amas scléreux, lobaires ou lobulaires, associés ou non à des dilatations bronchiques, occupent une étendue considérable : ces états sont bien connus depuis les travaux classiques de Charcot, Regimbeau, de M. Letulle, etc.

Par contre les scléroses plus légères ont été généralement moins étudiées ; on les a décrites surtout comme des lésions secondaires, soit dans les poumons cardiaques par exemple, soit au voisinage de cavernes, abcès, inflammations pleurales, soit encore comme conséquences des bronchites chroniques. Le type de *sclérose discrète* sur lequel j'ai attiré l'attention [9] m'a paru avoir une valeur propre ; il est caractérisé par une sclérose très fine, développée en anneaux ou en bandes au voisinage des parties les plus vasculaires du parenchyme (axes broncho-vasculaires, plèvres) et en rapport manifeste avec les vaisseaux (voy. fig. 9). Ces lésions s'accompagnent généralement d'anthracose, et le pigment revêt la même topographie que la sclérose ; donnée d'ailleurs classique depuis les travaux de Koschlakoff et de M. le professeur Carrieu. Mais le dépôt charbonnenx m'a paru toujours secondaire dans les cas que j'ai observés.

La distribution de cette sclérose dans le poumon se fait surtout aux parties postéro-supérieures, c'est-à-dire aux sommets ; des tubercules fibreux guéris l'accompagnent fréquemment. Mais, dans l'ensemble, le poumon paraît peu altéré à l'œil nu ; il a gardé à peu près sa souplesse habituelle ; sur les coupes on peut voir cependant la sclérose se déceler

par la présence de taches anthracosiques en relief, quelquefois sur la plèvre par des points d' « emphysème mamelonné ».

A côté de ce type se placent les *scléroses interstitielles* dans lesquelles l'épaississement scléreux des parois interalvéolaires est plus prononcé et se poursuit plus régulièrement à distance des axes broncho-vasculaires. Il s'accompagne de retour à l'état cubique de l'épithélium. Ce type est bien connu et a été décrit par M. le professeur Cornil chez les tuberculeux sous le nom de pneumonie interstitielle des phtisiques. Je l'ai retrouvé surtout sur les poumons syphilitiques [12]. En tout cas, il se

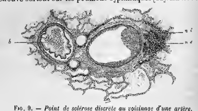


Fig. 9. — *Point de sclérose discrète au voisinage d'une artère.*

On remarque que le point scléreux (n. s.) est en rapport manifeste avec le vaisseau et non avec la bronche (b). Un épaississement localisé de l'endartère lui correspond (n. i.).
(in *Thèse de Doctorat.*)

présente surtout comme une lésion locale, pouvant exister sans grand retentissement fonctionnel.

Lésions diverses aboutissant aux scléroses. — Les scléroses ne sont que l'aboutissant de lésions inflammatoires diverses ; elles peuvent succéder à des inflammations d'origines traumatiques, vasculaires, bronchitiques, pleurales, etc...

L'intermédiaire peut être une inflammation alvéolaire franche (évolution chronique des pneumonies et des broncho-pneumonies) ; quelquefois des produits toxi-infectieux transportés par voie sanguine ou éliminés au niveau du poumon créent une inflammation légère qui aboutit à des scléroses minimes ; et je pense que les scléroses tuberculeuses discrètes ne sont que le reliquat de poussées granuliques atténuées, le produit de lésions inflammatoires légères péribroncho-vasculaires [9]. Ces

lésions de tuberculose inflammatoire qui n'avaient pas encore les caractéristiques de la tuberculose, laissent de petites cicatrices ténues sans caractères particuliers autres que leur diffusion, que leur groupement au sommet, et que leur association à des granulations guéries.

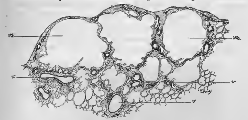


FIG. 10. — *Coupe au travers d'un point d'emphysème mamelonné. Très faible grossissement* (*Thèse de Doctorat*).

Les scléroses plus intenses et souvent plus localisées ne paraissent pas se développer aussi simplement : telles sont par exemple les scléro-

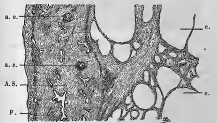


FIG. 11. — *Amas scléreux developpé sur un ancien foyer de pneumonie syphilitique.*

A. S. — Amas scléreux avec alvéoles ayant conservé l'épithélium cubique.
P. — plèvre.
e. — emphysème au voisinage.
a. e. — artères avec endartérite.
(in. *Syph. du Poum.*)

ses du type de pneumonie interstitielle chronique. Je les ai étudiées surtout dans la syphilis [12] ; elles exigent une première étape de pneumonie interstitielle subaiguë, hyperplasique, dans laquelle la lésion atteint le stroma, détermine un épaississement et une hyperplasie considérables : états que l'on peut observer dans les pneumonies blanches de l'enfant où ils sont très typiques. On voit aussi chez l'adulte ces stades primordiaux sous forme de pneumonie interstitielle des syphilitiques, mais bien moins fréquemment que chez le fœtus, car il s'agit là d'un état transitoire vite remplacé par la sclérose interstitielle.

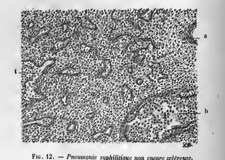


FIG. 12. — *Pneumonie syphilitique non encore scléreuse.*

Coupe dans un foyer de pneumonie blanche du fœtus.
a. — artère avec périartérite.
b. — bronche remplie d'exsudats cellulaires.
t. — tissu de la pneumonie blanche avec hyperplasie considérable des éléments et aspect adénomateux.
(in *Syph. du Poum.*)

J'ai insisté dans mon étude sur la « Syphilis du poumon » sur la distinction à faire entre les *processus hyperplasiques* et les scléroses véritables ; celles-ci et ceux-là sont souvent englobés sous le nom de syphilis scléreuse bien que quelques auteurs les désignent sous le nom de sclérose molle, et de sclérose dure. Ils ont en réalité une valeur très différente : les premiers représentent des lésions en activité et, dans le cas particulier de la syphilis, modifiables par le traitement, les autres sont de véritables lésions cicatricielles permanentes.

Un autre motif doit les faire séparer : les lésions hyperplasiques ne sont pas toujours fixées dans leur forme de pneumonies interstitielles par la sclérose ; elles vont quelquefois jusqu'à un remaniement de tout le tissu et peuvent aboutir avant l'apparition de la sclérose à des déformations considérables. Déjà esquissée dans certaines pneumonies blanches de l'enfant qui revêtent un aspect adénomateux (épithélioma du fœtus, disaient Robin et Lorain en 1855), cette tendance peut s'accroître et produire certaines bronchectasies.

M. le professeur Tripier avait déjà indiqué que certaines dilatations

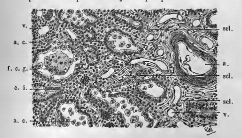


Fig. 13. — *Pneumonie syphilitique en voie de sclérose.*

On voit la sclérose (scl.) se propager du voisinage d'une artère (a.) dans le tissu pneumonique. Ce dernier montre encore dans la partie gauche une infiltration cellulaire considérable (c. i.) et des alvéoles avec épithélium cubique (a. c.) dont l'un contient une fausse cellule géante (f. c. g.).
v., v., vaisseaux capillaires dilatés.
(in *Syph. du Poum.*)

bronchiques pouvaient être considérées comme de véritables néoformations ; j'ai étudié ces faits dans les poumons syphilitiques : il m'a paru qu'en effet l'hyperplasie des éléments pouvait aboutir à une véritable néoproduction aux dépens des bronchioles et des infundibula, comme aux dépens des alvéoles et que certaines « dilatations bronchiques » relevaient de ce processus actif.

Lorsque la sclérose fixe de telles lésions elle ne produit plus seulement une cirrhose interstitielle mais des déformations définitives plus

considérables autour de cavités bronchiques de volume variable ; ainsi sont réalisés, dans la syphilis tout au moins, ces poumons très scléreux parsemés de « bronchectasies ». J'ai insisté sur les difficultés du diagnostic de ces cavités bronchiques scléreuses avec les cavernes. La recherche même d'un épithélium sur la paroi est souvent difficile.

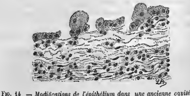


Fig. 14. — *Modifications de l'épithélium dans une ancienne cavité bronchectasique scléreuse.*

L'épithélium persiste sous forme d'une bande protoplasmique nucléée encore régulière par place ; en d'autres points les cellules sont volumineuses, avec un protoplasma très granuleux et paraissent tomber dans la cavité. Le tissu sous-épithélial est pauvre en cellules de remplacement (détail au fort grossissement d'un point de la figure 6).
(in *Syph. du Poum.*)

Lésions surajoutées ou consécutives aux scléroses. — Les scléroses favorisent à la fois la production de *lésions inflammatoires nouvelles* et la persistance de ces lésions ; elles déterminent aussi parfois des *emphysèmes compensateurs secondaires* : ces faits sont très instructifs à analyser dans les cas de scléroses minima que j'ai étudiées sous le nom de sclérose discrète [9]. Ici,on peut observer très nettement la persistance d'exsudats inflammatoires dans les alvéoles au niveau des petits points scléreux ; le trouble fonctionnel local explique suffisamment cette persistance des inflammations intercurrentes les plus légères, comme cela est aussi le cas dans les poumons cardiaques, par exemple. Par contre, les alvéoles restés sains dans chaque lobule, et les lobules restés relativement sains dans chaque lobe se développent davantage sous forme d'un emphysème compensateur : et dès lors les deux lésions antagonistes, emphysème d'une part,sclérose fine d'autre part, vont s'influencer réciproquement et se systématiser de plus en plus dans leurs positions initiales. Aussi voit-on toujours dans ces poumons l'emphysème pré-

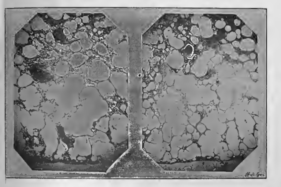


FIG. 15. — *Deux coupes prises dans un poumon atteint de sclérose discrète et d'emphysème (Photographie à un très faible grossissement)* (in *Thèse de doctorat*).



FIG. 16. — *Cavité bronchectasique sous-pleurale en voie de gangrène, dans un poumon syphilitique (Faible grossissement).*

La cavité (c) a des parois en voie de gangrène (d. n. — débris nécrosés) où persiste cependant par places l'épithélium (e).
st. — stroma infiltré et très vasculaire.
P. — plèvre.
(in *Syph du Poum.*)

senter avec la sclérose des rapports quantitatifs directs et topographiques inverses. Par là ces scléroses discrètes aboutissent à de grands effets, et ont un retentissement symptomatique bien accusé.

J'ai étudié aussi les lésions surajoutées aux scléroses plus intenses que l'on peut observer dans les poumons syphilitiques [12]; et je me suis attaché surtout à faire l'analyse et la critique des diverses lésions suppuratives ou gangréneuses que l'on pouvait y observer. Elles transforment parfois véritablement les organes et peuvent les rendre difficiles à reconnaître quelquefois des poumons tuberculeux.

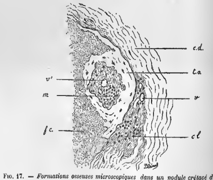


Fig. 17. — *Formations osseuses microscopiques dans un nodule crétacé du poumon.*
t. o. — tissu osseux.
m. — moelle avec vaisseau v'.
c. l. — tissu conjonctif lâche avec vaisseaux néoformés, v.
f. c. — foyer nécrosé.
c. d. — anneau de tissu fibreux autour du foyer nécrosé.
(in *Thèse de Lorenz.*)

Enfin on peut observer au cours des scléroses anciennes des *transformations osseuses.* J'avais pu trouver en 1903 dans la littérature médicale 23 cas de productions osseuses étendus [14]; elles paraissent toujours se développer à la faveur d'un tissu scléreux préexistant. Beaucoup plus fréquents sont les points osseux microscopiques que l'on peut souvent

observer autour des foyers crétacés et dont j'ai reproduit une figure assez caractéristique.

2. — Symptômes.

Les signes physiques que donnent parfois les pneumonies chroniques sont bien connus ; il est de notion courante aussi que des scléroses étendues ne donnent souvent que des signes de catarrhe bronchique, et j'ai insisté à nouveau sur ce point. Il m'a même paru que cette notion devait être étendue davantage encore et que bon nombre de « *bronchites chroniques avec emphysème* » étaient produites en réalité par ces scléroses discrètes tuberculeuses, d'origine peut-être granulique (granulie discrète) [9].

Un autre point intéressant du diagnostic clinique est fourni par l'étude des signes cavitaires. Je crois qu'il est hors de conteste à l'heure actuelle que des scléroses, accompagnées souvent de petites dilatations bronchiques puissent donner lieu à des symptômes cavitaires ; ce fait est intéressant à connaître pour la syphilis, et a contribué à faire décrire une phtisie syphilitique. J'ai cherché par une analyse minutieuse des faits [12] à lutter contre cette terminologie, qui m'a paru consacrer une interprétation inexacte ; car ainsi que l'avait déjà montré Hiller dans un travail très documenté, les syphilitiques font des dilatations bronchiques et non des pertes de substances comme les tuberculeux. D'autre part, le terme de phtisie syphilitique serait également défectueux pour désigner les scléroses pulmonaires syphilitiques simplement consomptives : aussi n'ai-je pu mieux faire que de citer pour conclure les lignes qu'écrivaient MM. Grancher et Hutinel en tête de leur monographie sur « La phtisie » : « En faire le synonyme de consomption ; ce serait l'employer dans une acception à la fois trop étendue et trop étroite ».

3. — Nature des scléroses.

Les causes les plus diverses peuvent aboutir à des scléroses d'aspect banal : l'étude des scléroses d'origine syphilitique ne m'a pas paru autoriser la description de types propres à la vérole ; cependant les formes

de pneumonie interstitielle avec retour de l'épithélium à l'état cubique m'ont paru plus particulières à la syphilis.

Au contraire, j'ai pensé que l'on pouvait rattacher très nettement le type de sclérose discrète avec emphysème à des atteintes tuberculeuses atténuées, à des bronchites légères, répétées, de nature tuberculeuse, ou à des granulies discrètes. Je me suis appuyé sur une série de considérations d'ordre anatomique et clinique [9].

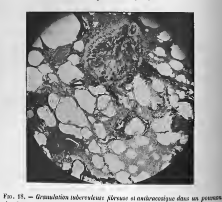


Fig. 18. — *Granulation tuberculeuse fibreuse et anthracosique dans un poumon atteint de sclérose discrète.* — Photographie microscopique (in *Thèse de doctorat*)

Ceci ne fait que confirmer des résultats déjà indiqués par Nägeli qui a fait une étude approfondie des tuberculoses latentes ou atténuées, au point de vue anatomique.

D'ailleurs nous voyons de plus en plus s'étendre le domaine des tuberculoses pulmonaires au profit des formes atténuées. La méthode de recherches découverte par la séro-réaction tuberculeuse par M. le professeur Arloing avait donné à cet égard des résultats très nets entre les mains de MM. Courmont, Froment (de Lyon) ; avec la collaboration de ce dernier j'ai pu contrôler quelques-unes des observations utilisées dans mes recherches [9], et faire converger ainsi la méthode bactériologique et la méthode anatomique qui avaient déjà concouru isolément à la même démonstration.

II. — APPAREIL CIRCULATOIRE

1. — Les lésions du septum interauriculaire.

— **Anomalie cardiaque.** *Soc. des sciences médicales de Lyon* (18).
— **Lésions de la paroi interauriculaire avec endocardite infectieuse.** *Lyon médical* (19).
— **Les lésions de la paroi interauriculaire. — Etude anatomique et clinique** (Mémoire pour le prix Bouchet, 1904) (20).
— **A propos des perforations du septum interauriculaire. — Leurs conséquences pathologiques et leurs variétés.** *Revue de médecine* (22).

J'ai retenu des malformations cardiaques que j'ai pu examiner, trois observations remarquables de lésions du septum interauriculaire. Les recherches entreprises à leur occasion m'ont conduit à en faire une étude d'ensemble [20] dont j'ai rapporté plus récemment les traits les plus particuliers [22].

Diverses variétés de communications interauriculaires. — Les lésions de la cloison des oreillettes se réduisent à peu près exclusivement aux communications interauriculaires ; j'ai cependant rappelé une observation de Peyrot où existait, à côté d'autres lésions d'endocardite infectieuse, un anévrysme du septum : fait intéressant à retenir pour la production de certaines perforations.

Les communications interauriculaires sont souvent à comparer aux différents stades normaux du développement embryonnaire. Rokitansky en a fourni la classification la plus scientifique que nous connaissions ; il les divise en un certain nombre de variétés suivant qu'elles représentent des malformations de la cloison primitive, secondaire, etc. M. le professeur Moussous dans son ouvrage sur « Les maladies congénitales du cœur » a reproduit, en la simplifiant, cette division ; elle paraît devoir être définitive à ce sujet.

Au point de vue descriptif les faits sont beaucoup plus simples : il y a :

1° Les inocclusions simples du trou de Botal ;

2° Les perforations proprement dites ; pouvant déterminer soit l'état criblé, soit des orifices peu nombreux ou uniques et très volumineux.

On aboutit ainsi aux cas d'absence plus ou moins complète de la cloison dont j'ai rapporté plusieurs observations (Voy. les figures).

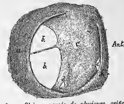
Mais au point de vue étiologique, les faits m'ont paru plus complexes ; l'examen de mes cas personnels [19,20,22] me porte à penser qu'il existe des perforations acquises, à côté des perforations congénitales (par arrêt de développement ou endocardite fœtale) ; et j'ai proposé les groupements suivants :

1° *Malformations simples de la cloison* : inocclusion du trou de Botal, arrêts de développement variés.

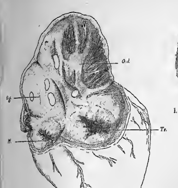
2° *Altérations mécaniques* : agrandissement d'un trou de Botal simplement persistant (Butin, Bard et Curtillet).

3° *Lésions inflammatoires* survenant soit chez le *fœtus* (perforations petites ou moyennes, avec brides et développement irrégulier du septum), soit chez l'*enfant ou l'adulte* (perforations avec bourrelet cicatriciel).

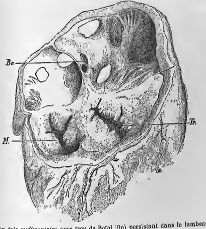
Conséquences pathologiques des communications interauriculaires. — J'ai étudié les conséquences mécaniques et pathologiques de ces perforations ; j'ai discuté le mécanisme de la maladie bleue tardive, tel qu'il a été indiqué par MM. Bard et Curtillet : les observations que j'ai pu suivre m'ont paru contraires à cette interprétation [19, 22]. J'ai rappelé enfin les embolies paradoxales, le pouls veineux par communication interauriculaire et les phénomènes de compensation étudiés par Firket [22]. La conclusion générale qui domine ces recherches est la latence souvent absolue des perforations du septum, même au cas de disparition à peu près complète de la cloison ; non seulement il n'y a généralement ni signes physiques, ni troubles fonctionnels ; mais les efforts, les complications pulmonaires, n'amènent aucune gêne : un de mes malades était forgeron et mourut à 35 ans de rougeole grave ; un autre, terrassier, succomba à une endocardite infectieuse ; le troisième était maçon. Les deux derniers présentèrent longtemps avant la mort des complications pulmonaires (infarctus, tuberculose, pneumonie) sans cyanose particulièrement marquée.



I. — *Cloison percée de plusieurs orifices avec persistance d'un voile membraneux (vue de face).* Revue de médecine, 1906, obs. I.



II — *Absence presque complète de la cloison.* Oreillettes ouvertes par la face postérieure, parallèlement au sillon auriculoventriculaire. Lyon médical, 1904.



III. — *Cloison très rudimentaire* avec trou de Botal (Bo) persistant dans le lambeau antérieur (cœur ouvert comme II). Revue de méd., 1906, obs. V.

Les perforations du septum interauriculaire.

2. — Études diverses de pathologie cardiaque.

Les troubles cardiopulmonaires des goitres. — La forme médicale des goitres intra-thoraciques, ch. V de la thèse de CADET (21).

J'ai étudié les rapports unissant le corps thyroïde au cœur, dans les goitres simples : question déjà soulevée anciennement par les chirurgiens (Rose, Wölfler, etc.) mais qui est de nouveau d'actualité depuis les travaux de de Cyon, et le curieux et consciencieux travail de Minnich sur le cœur goitreux (Kropfherz).

Le retentissement cardiaque des goitres peut se faire par l'intermédiaire des troubles de la petite circulation que produit *la gêne respiratoire*, c'était là la première interprétation de Rose ; mais les modifications du côté du cœur peuvent encore tenir à une *atteinte directe des nerfs* pneumogastrique ou sympathique (Gerhardt). Enfin les données récentes laissent à penser que les lésions de la glande produisent des *phénomènes de dysthyroïdisation* agissant sur l'excitabilité des nerfs du cœur. Minnich, étudiant surtout ces derniers phénomènes, leur attribue une part considérable dans les palpitations, la tachycardie, l'hypertrophie cardiaque et même l'asystolie qu'on peut observer chez les goitreux. Il va jusqu'à décrire une hypertrophie essentielle du cœur, chez les jeunes sujets, produite par les modifications thyroïdiennes.

L'étude des faits que j'ai pu observer et des observations des auteurs — particulièrement celles de ce dernier — m'a fait admettre les trois modes de retentissement cardiaque rappelés ci-dessus : mais je pense qu'*on doit être très réservé sur la production de véritables cardiopathies goitreuses*. Le travail de Minnich, très documenté, appuyé de nombreuses observations, ne comporte cependant pas, à mon avis, de preuves absolument concluantes à cet égard. Plusieurs des malades dont il rapporte l'histoire clinique paraissent avoir eu d'autres raisons de présenter des signes cardiaques (lésions valvulaires, sclérose rénale) et l'absence d'autopsie laisse un doute en beaucoup de cas.

Quoi qu'il en soit, je crois indéniable que le retentissement cardiaque

et pulmonaire, si fréquent dans les variétés des goitres intra-thoraciques, donne aux malades un aspect clinique particulier ; ce sont des bronchitiques avec dilatation du cœur droit, le plus souvent ; et comme l'hypertrophie thyroïdienne est cachée, le diagnostic en est souvent malaisé : c'est là véritablement une *forme médicale* de ces goitres dont on trouve plusieurs observations dans ce travail.

L'hémorragie cérébrale au cours du rétrécissement mitral. *Soc. des sciences méd. de Lyon* (27).

Les accidents nerveux développés au cours des cardiopathies valvulaires à la suite de lésions cérébrales sont dans la règle dues à des foyers de ramollissement emboliques. Les hasards de la clinique m'ont mis en présence d'un fait exceptionnel et assez complexe. Une femme de 55 ans, portant un rétrécissement mitral ancien est prise d'hémiplégie gauche et meurt au 5e jour. Contrairement à ce que l'on attendait, l'autopsie montra un foyer hémorragique ayant détruit la couche optique droite et une partie des noyaux gris. Il y avait d'ailleurs un peu de sclérose rénale ; la malade était alcoolique et présentait un foie gros légèrement cirrhotique. A cette occasion j'ai étudié les rares cas analogues et j'ai présenté les conclusions de ces recherches dans une communication faite avec mon collègue le Dr Savy.

Endocardite infectieuse ayant donné des signes de rétrécissement mitral par la production d'un anévrysme de la grande valve. *Soc. méd. des hôp. de Lyon* (16).

Rythme couplé avec pouls lent. *Soc. méd. des hôp. de Lyon* (17).

Insuffisance aortique avec souffle piaulant à grande propagation. *Arch. gén. de médec.* (23).

Observations étudiées cliniquement et anatomiquement et intéressantes surtout au point de vue séméiologique.

La première présente aussi l'attrait d'une lésion rare : les anévrysmes valvulaires sont des faits exceptionnels. Ici, il s'agissait d'une ulcération de la face aortique de la grande valve ; par cette perte de substance s'était fait un décollement des feuillets endocarditiques et une poche hématique dans l'intérieur de la valve ; la saillie déterminée sur la face auriculaire par l'anévrysme produisit pendant la vie des symptômes brusques de rétrécissement mitral.

V. — OBSERVATIONS ET RECHERCHES SUR DIVERS NÉOPLASMES

Sur un cas de cancer du duodénum à forme périvatérienne. *Revue de médecine* (2).

Un cas de cancer du corps et de la queue du pancréas. *Province médicale* (3).

Remarques sur le diagnostic des ictères chroniques par rétention. — A propos de deux nouveaux cas de cancer des voies biliaires. *Archives générales de médecine* (6).

Les néoplasmes des voies biliaires extrahépatiques, de l'ampoule de Vater, de la portion moyenne du duodénum et du pancréas présentent souvent, aussi bien au point de vue anatomique que clinique, des difficultés considérables de différenciation.

I. Diagnostic anatomique. — Un néoplasme développé dans le carrefour de l'ampoule de Vater peut avoir eu pour point de départ l'intestin, le cholédoque, ou la glande pancréatique. J'ai rapporté un cas curieux de néoplasme duodénal assez étendu (2), ayant ulcéré la région ampullaire, et que l'examen histologique seul permit de reconnaître comme étant d'origine intestinale. Le microscope est donc souvent indispensable pour ce diagnostic anatomique ; d'ailleurs il ne permet pas toujours une conclusion certaine, lorsque les éléments de la tumeur ont pris des caractères un peu atypiques.

Dans d'autres cas le néoplasme est plus limité et l'on hésite sur une tumeur cholédocienne par exemple ou une tumeur pancréatique (6, obs. II) ; le développement aux dépens des parois du conduit, le petit volume du néoplasme, certains caractères histologiques sont en faveur de l'origine biliaire : on sait que les cancers des canaux extrahépatiques sont généralement de très petites dimensions ; le cas que j'ai pu observer concernant le canal hépatique (6, obs. I) est tout à fait typique à cet égard ; il formait une très petite virole au niveau même de la bifurcation de l'hépatique (Voy. la figure, dessinée en grandeur naturelle).

II. Les symptômes des cancers de ce carrefour empiètent souvent les uns sur les autres et se groupent ordinairement autour de l'*ictère*, et des modifications de la *vésicule*.

1. L'*ictère* est généralement, comme l'ont établi MM. Bard et Pic, persistant et progressif dans les tumeurs de la tête du pancréas ; il est analogue dans les petits néoplasmes des canaux biliaires et s'observe aussi dans les cancers duodénaux périvatériens avec englobement du cholédoque. J'ai montré [2] que cet envahissement du canal excréteur pouvait s'accompagner quelquefois de dilatation persistante de la lumière,

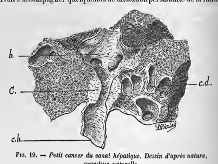


Fig. 19. — *Petit cancer du canal hépatique. Dessin d'après nature, grandeur naturelle.*
c. h. — Canal hépatique. — b. — Bifurcation.
C. — Cancer en virole.
c. d. — Canaux intrahépatiques dilatés.
(in *Arch. gén. de méd.*).

n'entraînant dès lors qu'un syndrome ictérique très effacé : ce qui peut compliquer de beaucoup le diagnostic clinique.

2. La *dilatation de la vésicule* est généralement utilisée pour distinguer les cancers de la lithiase biliaire avec rétention cholédocienne (loi de Courvoisier-Terrier). L'étude entreprise à propos de deux cas [6], avec M. Bouchut, me porte à penser, ainsi que l'avait indiqué précédemment M. Claisse, que ce signe est plutôt un indice de localisation. Mes deux observations jointes à celle de M. Claisse et à celles rapportées en 1901 par MM. Devic et Gallavardin montrent que, dans la règle, la

vésicule est grosse au cas de cancer cholédocien, petite au cas de tumeur située au-dessus de l'abouchement du canal cystique. Aussi convient-il plutôt (si tant est que l'on puisse proposer une règle générale de conduite clinique) de chercher en pareil cas à éliminer la lithiase par d'autres moyens, et de conserver le signe de la vésicule pour reconnaître le siège du néoplasme : cancer pancréatique, cholédocien, au cas de grosse vésicule — cancer du canal hépatique au cas de cholécyste non volumineux.

3. Enfin les tumeurs du pancréas ne siégeant pas au niveau de la tête peuvent donner lieu aux signes les plus variables. Celle dont j'ai rapporté l'histoire clinique et anatomique avait présenté de l'ascite et un gros foie par généralisation hépatique exubérante [3].

Les kystes et les pseudo-kystes du pancréas.

Thèse de GINET (8).

Cette étude a été faite à propos d'un cas que j'avais pu observer dans le service de M. le professeur Poncet et qui avait donné des signes de lithiase biliaire : la poche kystique avait produit de la compression des voies biliaires et simula elle-même une hydropisie de la vésicule.

L'étude anatomique de ce fait me permet de distinguer les kystes pancréatiques proprement dits des néoplasmes à centre ramolli, produisant des pseudo-kystes. La symptomatologie en est d'ailleurs très variable et tient plutôt au siège qu'à la nature même de la lésion ; les cas analogues à celui que j'ai rapporté montrent qu'ils peuvent donner des syndromes biliaires, dans les formes de kystes que l'on pourrait appeler *sous-hépatiques.*

Les formes dysentériques du cancer du rectum.

Lyon médical (5).

Dans ce travail, fait en collaboration avec M. Bouchut, j'ai attiré l'attention sur l'importance que peuvent prendre les symptômes dysentériques au cas de cancer rectal.

Ayant pu observer, dès le début, des signes apparents, et suivre jusqu'à l'autopsie un néoplasme de l'ampoule caractérisé uniquement par des symptômes dysentériformes, j'en ai rapproché des observations antérieurement publiées.

Le toucher rectal ne donne pas toujours d'emblée des signes diagnostiques évidents, soit parce qu'il fait sentir des lésions discutables (cas de Quénu et Hartmann), soit parce que le cancer, haut situé ne peut être atteint à l'exploration simple (cas personnel). Il peut donc arriver qu'une dysenterie sporadique cache pendant une période plus ou moins longue, et quelquefois jusqu'au bout, un néoplasme rectal.

Contribution à l'étude des cancers du poumon. — Cancer des bronches. Etude anatomo-pathologique. Thèse de LARDILLON (15).

Ce travail est basé sur l'étude anatomique et histologique de deux cas de cancers développés aux dépens des bronches et sur 31 autres observations trouvées dans la littérature. J'ai insisté sur les différences anato-

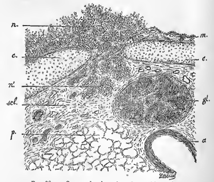


FIG. 20. — *Cancer des bronches. Coupe histologique.*
(In *Thèse de Lardillon*, 1903-1904.)

miques qui opposent les cancers des grosses bronches intra-pulmonaires aux cancers nes dans le parenchyme. Le dessin que j'ai reproduit d'après une de mes préparations montre le néoplasme développé en surface aux dépens de la muqueuse, pénétrant secondairement dans la profondeur, mais séparé cependant du tissu alvéolaire par une bande

scléreuse. Cette préparation est très démonstrative de la conclusion adoptee : « le cancer primitif des bronches envahit tardivement et peu le parenchyme. Il se développe, à l'intérieur et le long des canaux aériens, gardant ainsi un aspect nodulaire ou ramifié. »

Tumeur du corps pituitaire. — Acromégalie avec glycosurie.
Soc. médicale des hôpitaux de Lyon (24).

Avec M. Josserand j'ai pu étudier une observation intéressante d'acromogalie accompagnée de diabète. L'autopsie décela une tumeur de la pituitaire relativement volumineuse. Le néoplasme avait subi, peu avant la mort, une augmentation de volume brusque due à une hémorragie dans son tissu : aussi avait-il provoqué de la compression subite des parties voisines des centres nerveux. Le sujet était mort en quelques heures dans le coma avec une ophtalmoplégie double totale.

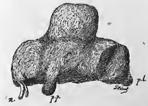


Fig. 21. — *Tumeur du corps pituitaire* (grandeur naturelle).

Le partie supérieure comprimeit la région interpédonculeire de l'encéphele ; le partie médiene correspondeit à la selle turcique ; les parties latérales, dont l'une est sectionnée (p. l.) pour montrer la carotide, envahissaient les sinus caverneux. Un petit prolongement postérieur (p.p.) appuyait sur la protubérence. — n. nerfs de l'œil englobés dens les parties letéreles.

L'examen histologique des divers organes et des centres nerveux voisins fut négative ; je n'ai donc pu tirer de ce cas aucune donnée particulière pour la pathogénie de la glycosurie, déjà étudiée antérieurement par M. Marie, MM. Launois et Roy, Loeb, etc.

Un détail intéressant était l'exophtalmie présentée par la malade et due à l'envahissement des deux sinus caverneux par des prolongements de la tumeur (V. la figure).

Les goitres métastatiques sans goitre.
Archives prov. de chir. (30).

Les goitres métastatiques sont bien connus depuis les travaux de Billroth, Patel, Tavel, etc. : une tumeur thyroïdienne d'allure bénigne et de structure typique (goitre) donne cependant lieu à des métastases. A côté de ces faits on trouve parfois des cas où les métastases goitreuses

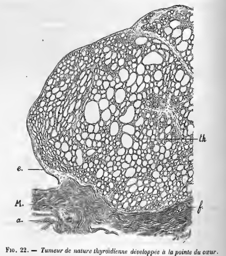


FIG. 22. — *Tumeur de nature thyroïdienne développée à la pointe du cœur.*
Coupe histologique vue à un très faible grossissement.
On voit la moitié du néoplasme (th.) faisant saillie dans la cavité ventriculaire sous l'endocarde (e.) et adhérente au myocarde (M.) par une large base.
(in *Arch. prov. de chirurgie*, 1906).

existent sans modification apparente du corps thyroïde. Pour les opposer aux cas analogues de cancers thyroïdiens généralisés sans tumeur apparente de la thyroïde (M. le professeur Bard et ses élèves : la forme

médicale du cancer thyroïdien) j'ai étudié ces faits sous le nom de « goitres métastatiques sans goitre » et j'en ai rapproché les « struma ovarii » des auteurs allemands.

Le cas qui a servi de point de départ à cette étude était une observation du service de M. le professeur agrégé Devic où l'on découvrit une tumeur à structure thyroïdienne à la pointe du cœur.

A propos d'un cas de tumeurs multiples des os.
Revue de chirurgie (29).

Dans un travail fait avec la collaboration de M. Devic j'ai discuté la valeur de l'albumosurie dans les tumeurs multiples des os et la place à

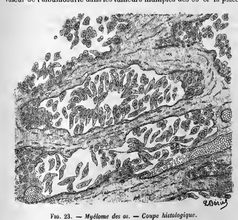


FIG. 23. — *Myélome des os. — Coupe histologique.*

On voit les lamelles osseuses en voie de destruction et les cellules fusiformes ou polyédriques néoplasiques.
(in *Revue de Chirurgie*, 1906.)

attribuer aux myélomes parmi les néoplasmes des os Nous sommes arrivés aux conclusions suivantes :

1. — L'albumosurie de Bence Jones paraît être un symptôme de lésions de la moelle osseuse qu'on peut observer avec des tumeurs primitives ou secondaires, ou encore avec des lésions diffuses mal définies (ostéomalacie, altérations leucémiques et lymphadéniques). On ne saurait donc accepter la dénomination de maladie de Bence Jones (Bertoye) pour ces affections à symptomatologie comparable, mais évidemment de nature différente.

2. — Les tumeurs primitives multiples représentent un groupement paraissant formé par des néoformations plutôt de nature médullaire, quels que soient les aspects des cellules constituantes. Si l'on emploie le terme de myélome, il devrait désigner indifféremment toutes ces tumeurs, typiques ou atypiques, à condition toutefois d'en distinguer les tumeurs secondaires, pouvant également être multiples, et les altérations du type lymphadénique, associées aux lésions de la rate et des ganglions.

Fibrome kystique de l'utérus. *Soc. des sciences médicales de Lyon* (28).

Étude anatomique d'une tumeur enlevée chirurgicalement.

V. — VARIA

Estomac biloculaire. Ouverture d'un vaisseau par ulcère récidivé. *Soc. des sciences médicales* et *Lyon médical* (1).

Etude d'un cas complexe dans lequel un ulcère gastrique cicatrisé avait produit une biloculation très marquée. D'autres ulcères en activité persistaient et l'un d'eux, situé dans la poche inférieure donna lieu à une hémorragie mortelle. Mais en raison de la situation de la lésion en aval de la stricture médiogastrique la gastrorragie se traduisit uniquement par l'expulsion brusque dans les selles de caillots volumineux. L'hématémèse se fit par les voies inférieures.

Un cas de paralysie faciale obstétricale spontanée. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* (25).

Observation exceptionnelle de paralysie faciale obstétricale spontanée, c'est-à-dire sans traumatisme obstétrical, et sans étiologie pouvant la rapprocher des paralysies congénitales par agénésie du rocher par exemple.

Les corps étrangers des centres nerveux. *Archives provinciales de chirurgie* (26).

Note publiée à la suite du mémoire de MM. Devic et Nordmann (épingle rouillée dans le bulbe) et dans laquelle j'attire l'attention sur des faits curieux rapportés en 1897 par Rose, dans un mémoire intitulé : « Une véritable maladie professionnelle » (la maladie des aiguilles).

Le tatouage bleu des morphinomanes, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* (31).

Les taches bleues chez les morphinomanes. *Etude d'après 5 observations inédites*, Roussille, Thèse (32).

J'ai eu l'occasion d'observer dans le service de M. le professeur agrégé Devic plusieurs cas d'une lésion cutanée particulière chez des morphi-

nomanes. Il s'agit de taches bleuâtres plus ou moins nombreuses et qui se présentent généralement sous l'aspect de celles figurées sur la planche en couleur que j'ai annexée à ces travaux.

J'ai cherché à étudier, par des examens histologiques pratiqués sur des fragments prélevés sur le vivant la nature même de la lésion qui produit la tache, et avec la collaboration de M. Roussille, leur mode d'apparition.

I. — Ce dernier point, plus spécialement développé dans sa thèse [32], nous a conduit à formuler les conclusions suivantes :

1. Chez certains morphinomanes la piqûre détermine la production de taches bleu ou bleu grisâtre, indélébiles comme un tatouage.

2. La tache ne se produit qu'au cas où les injections sont faites dans le derme et avec une solution contenant des particules en suspension (poussières..., etc.).

3. Elle apparaît en 5-6 jours, à la suite de la production d'un léger œdème local.

4. Elle est indépendante de la nature même de la substance contenue dans la dissolution et apparaît aussi bien chez des morphinomanes que chez ceux faisant aussi usage de cocaïne.

Ces résultats établissent l'existence d'une modification de la peau qui n'est pas très exceptionnelle chez les personnes faisant grand usage des piqûres et les pratiquant elles-mêmes sans précaution ; ils attirent l'attention sur ce type qui n'avait été signalé jusqu'ici que par de très rares observations isolées.

II. — L'étude histologique précise le mode de production intime et la nature de ces taches, car il s'agit là de phénomènes comparables en tous points aux tatouages. Les particules noires s'amassent autour des vaisseaux, dans le derme, et sont, soit libres dans les espaces conjonctifs, soit incluses dans les cellules. Les figures sont tout à fait comparables à celles données par l'étude des fragments de peau tatouée. Ces recherches soulèvent des problèmes d'ordre général concernant le mode de production intime de certaines mélanodermies ; elles confirment au point de vue histologique les résultats fournis par les travaux de MM. Renaut, Raymond.

I



II

TABLE DES MATIÈRES

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne).